



N° 77.

DES

MOYENS CHIRURGICAUX

APPLIQUÉS AU TRAITEMENT

DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 mai 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L. R. CHOLLET, de Sablé,

Département de la Sarthe,

Ancien Élève interne de l'hospice des vénériennes et de l'hôtel-Dieu d'Angers.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BÉCLARD.
BERTIN, *Suppléant.*
BOUGON.
BOYER.
CAYOL.
CLARION.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN.

MESSIEURS

FIZEAU, *Examinateur.*
FOUQUIER.
GUILBERT, *Examinateur.*
LAENNEC.
MARJOLIN.
ORFILA, *Examinateur.*
PELLETAN FILS, *Président.*
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.

LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.
ALARD.
ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON, *Examinateur.*
CHOMEL, *Examinateur.*
CLOQUET AÎNÉ, *Suppléant.*
COUTANCEAU.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GUERSENT.
JADIOUX.

KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

OPTIMIS PARENTIBUS,

NECNON DILECTISSIMO AVUNCULO

L. CHOLLET, SACERDOTI.

Animi grati perexiguum testimonium.

L. R. CHOLLET.

DES

MOYENS CHIRURGICAUX

APPLIQUÉS AU TRAITEMENT

DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Il arrive quelquefois, à la suite d'inflammations répétées, que les amygdales conservent un tel volume, qu'elles gênent la déglutition, altèrent la parole, et s'opposent plus ou moins au libre exercice de la respiration : ce volume peut même, dans certaines circonstances, aller au point de faire craindre la suffocation. Le gonflement de ces glandes, véritable hypertrophie, ne mérite point le nom de *squirrhosité*, puisque, comme le font observer *J. Claudinus* et *Bell*, elles ne dégénèrent point en cancer; mais il peut aussi dépendre en partie de concrétions qui se sont formées dans leur épaisseur. On en trouve des exemples dans *Schenckius* et dans les mémoires de l'académie de chirurgie. De tous temps, les praticiens les plus célèbres se sont occupés de cet état des tonsilles et des moyens d'y remédier: de là, différentes méthodes qui peuvent se réduire à trois principales, l'*excision*, la *ligature* et la *cautérisation*; car je ne parlerais point de l'extirpation, si elle n'entrait dans l'historique de la première méthode, et je ne dirai rien des scarifications conseillées par *Wiedmann*, *Maurain* et

quelques autres, parce que le plus souvent elles n'ont été employées que pour combattre l'inflammation, ou pour faciliter l'écoulement du pus, lorsqu'il s'était formé un abcès.

Excision. Cette opération, désignée encore sous les noms d'*amputation*, de *résection*, de *rescision*, etc., consiste dans l'ablation d'une portion d'amygdale tuméfiée, au moyen d'un instrument tranchant : mais telle n'a pas toujours été la manière de la pratiquer. *Celse* dit : *Tonsillas autem quæ post inflammationes induruerunt, cùm sub levi tunicâ sint, oportet digito circumradere et evellere : si ne sic quidem resolvuntur, hamulo excipere, et scalpello excidere*, etc. Ce passage a été différemment conçu. *Louis*, qui ne veut point que le mot *evellere* signifie *arracher avec violence*, pense que *Celse* distinguait ici deux cas, celui où la tumeur n'est recouverte que d'une tunique mince, facile à détruire, et l'autre, au contraire, où cette tunique est épaisse et résistante. Dans le premier, il suffirait de ratisser avec le doigt le contour de la glande pour l'emporter : dans le second, il faudrait l'accrocher avec une érigne, et la retrancher avec le bistouri. « Mais, dit *Sabatier*, c'est à tort qu'on suppose que tantôt la membrane est mince et tantôt épaisse, tandis qu'elle est toujours plus « ou moins épaissie. » Après quoi ce dernier ajoute, au sujet de la résection, que *Celse* n'a pas songé à emporter la totalité de la glande. Cette opinion semble au moins hasardée, et *Celse* n'a pas toujours eu des interprètes aussi favorables, puisque *Paul d'Égine*, plusieurs siècles après, recommandait encore de l'accrocher et de l'emporter en entier : *Ipsam totam ex fundo per scalpellum resecamus*, disait-il. Le scalpel dont il se servait formait une courbe, qui faisait disparaître l'obstacle que présente la convexité de la langue : il voulait qu'on en eût deux, courbés en sens opposés, pour opérer des deux côtés. La langue était abaissée avec une spatule ; mais il proscrivait l'opération toutes les fois que les amygdales laches, rouges et à base large, pouvaient faire craindre une hémorrhagie. Plus tard, *Haly-Abbas* donnait le même précepte que *Paul d'Égine*, quant à la manière de faire

l'opération. Il indiquait, sans le décrire, un instrument appelé *sennara*, avec lequel on accrochait la glande, que l'on amputait dans sa racine. *Albucasis* ne semble pas avoir eu une autre méthode: on trouve dans son ouvrage la figure de plusieurs instrumens qui lui servaient à cet effet : le premier ne diffère des ciseaux ordinaires que parce que ses extrémités, très-tranchantes, sont courbées : le second est un petit couteau demi-circulaire monté sur un manche, et dont la partie concave est tranchante. *Fabrice d'Aquapendente*, qui ne songeait également qu'à l'extirpation entière de la glande, regardait cette opération comme n'étant ni *aisée* ni *sûre*; aussi blâmait-il l'instrument de *Paul d'Égine*, qu'il nomme *ancylotomon*, parce qu'il le croit composé de la réunion des deux scalpels que celui-ci recommande d'avoir isolés. Il voulait, en conséquence, que, commençant par séparer l'amygdale des parties sous-jacentes au moyen d'un élévatoire, on la saisît ensuite avec des pinces, et qu'on la tirât avec adresse, de manière, dit-il, « qu'elle suive sans peine et presque de son bon gré. » Mais ni *Fabrice d'Aquapendente*, ni *Albucasis*, ni *Haly-Abbas*, ni *Paul d'Égine*, n'avaient lu ce passage d'*Aëtius* relatif à cette affection, où il dit positivement qu'on ne doit retrancher que la partie exubérante : *Excinditur autem ex eâ quod supereminet, juxtà medium ejus quod præter naturam excrevit.* Dalechamps, commentateur de *Fabrice d'Aquapendente*, ne connut, comme lui, que l'arrachement, et partagea son erreur au sujet de l'instrument recommandé par *Paul d'Égine*.

M. A. Séverin, qui a eu l'occasion de voir cette maladie un grand nombre de fois dans une épidémie qui régna à Naples depuis 1620 jusqu'en 1641, et dont le principal symptôme était un gonflement considérable des amygdales, ne se servait de l'instrument tranchant que lorsqu'elles avaient un pédicule étroit, qu'elles étaient molles et blanchâtres; dans ces cas il avait recours au scalpel d'*Albucasis*. Cela n'a pas empêché *Van-Horne*, son disciple, de témoigner de l'étonnement de ce que l'on avait osé couper les amygdales tuméfiées. Compliquant inutilement l'opération, *Wiseman* commençait

par faire la ligature, qui lui servait ensuite comme d'érigne pour fixer la glande, retirer la portion excisée, et l'empêcher de tomber dans la gorge. Il faisait l'amputation avec des ciseaux à pointes émoussées.

Plus timide, et s'abusant sur l'importance du produit de la sécrétion des tonsilles, *Dionis* proscrivait toute opération, regardant d'ailleurs comme trop cruels les moyens proposés pour la pratiquer. Ne serait-il pas possible que *Dionis* ne l'ait pas envisagée sous son véritable point de vue?

On lit dans *Juncker*, que de son temps l'excision était tombée en défaveur; mais que, si malgré cela, on se décidait à la pratiquer, on devait surtout n'emporter que la partie excédante. *Heister* ne nous apprend rien de plus, et répète ce qu'avait dit *Juncker*; il donne seulement la figure d'une érigne double. Tous les deux vantaient la ligature. Ce fut aussi par elle que *Moscati* opéra pour la première fois; mais les accidens inflammatoires qu'elle occasionna l'obligèrent d'avoir recours à l'instrument tranchant, et l'inflammation se dissipa. Une érigne, un bistouri courbe et assujetti sur un morceau de bois avec une bande qui couvrait les deux tiers de la lame, étaient les instrumens dont il faisait usage. Il préféra dès-lors cette dernière méthode, qui lui réussit parfaitement dans plusieurs circonstances; cependant il ne fut pas toujours aussi heureux. Une malade qu'il opérait fut prise d'une toux violente, lorsque la glande était à peine coupée aux deux tiers : *Moscati* fut obligé de suspendre l'opération et de retirer l'érigne; aussitôt le lambeau se renversa sur l'ouverture du larynx, et la suffocation était imminente, quand il lui vint à l'idée de porter les doitgs dans la gorge et d'arracher la portion pendante. *Wiseman* avait déjà éprouvé deux fois le même accident. Afin de l'éviter, ainsi que l'hémorrhagie qui en fut la suite, *Moscati* se détermina à opérer d'une nouvelle manière : avec un bistouri à tranchant convexe et recouvert d'une bandelette, il fendit la glande d'abord de haut en bas, puis transversalement; et pour s'opposer à la réunion, il introduisit dans

les incisions de la charpie qu'il renouvela plusieurs fois pendant quatre jours, après lesquels il réséqua séparément chacun des morceaux, mettant encore trois autres jours d'intervalle entre chaque résection. *Maurain*, que l'académie chargea d'un rapport sur cette opération, en fit la critique, pensant avec raison que cette modification la rendait inutilement et plus longue et plus difficile. Il croyait qu'il était plus convenable de faire la résection d'un seul coup avec les ciseaux de *Levret*. Un moyen d'éviter l'accident arrivé à *Moscati*, ce serait de couper de bas en haut, d'après le conseil de *Louis*. Cet habile praticien faisait observer que de cette manière on serait moins exposé à blesser la langue dont la base se soulève à l'approche des instrumens, et vient cacher la tumeur. C'est aussi l'opinion de *Sabatier*. Dans le neuvième volume de la Bibliothèque médicale, M. le professeur *Marjolin* fait remarquer que ce procédé n'a qu'un léger inconvénient ; c'est, dit-il, que l'on peut piquer la membrane palatine avec la pointe du bistouri : il a encore celui d'exposer à la lésion des gros vaisseaux, si l'on venait à percer la paroi postérieure et latérale du pharynx à laquelle ils sont accolés. M. le professeur *Béclard* a vu cet accident dans une ville de province.

C'était sans doute pour des craintes de cette espèce que *Lecat*, saisissant la glande avec une érigne double, se servait d'un petit couteau courbe à pointe émoussée, qu'il avait fait faire pour extirper les tumeurs intérieures. Il trouvait aussi qu'il y avait plus d'avantage à couper l'amygdale en deux temps, de bas en haut, jusque vers le milieu, puis de haut en bas pour achever la section; parce que, suivant lui, les extrémités, moins tendues, se coupent toujours moins bien que le milieu, surtout quand ce dernier ne leur prête plus un point d'appui. M. le professeur *Boyer* fait observer que, par ce procédé, on courrait moins le risque de blesser le voile du palais, et qu'on n'aurait pas surtout à redouter le renversement du lambeau sur l'entrée du larynx. Plus tard, *Lecat* retranchait la glande d'un

seul coup, avec des ciseaux à lames courbes, dont les extrémités étaient boutonnées.

Ce fut encore pour les mêmes motifs que *Caqué* de Reims, qui a fait cette opération un grand nombre de fois, employait un couteau à pointe émoussée, dont la lame, longue d'environ quatre pouces, courbée et tranchante dans l'étendue seulement de douze à quinze lignes, était montée sur un manche avec lequel elle formait un angle de cent soixante degrés. Une bandelette de linge fin, entourant la lame jusqu'au manche, fixait au juste la longueur qu'il voulait laisser au tranchant, lequel manquait à une ligne de la pointe. Il s'aidait d'une érigne simple, afin de pouvoir la dégager plus facilement en cas de besoin. M. le professeur *Boyer* trouve ce couteau assez commode; il se plaint seulement de ce que la trop grande largeur de la lame nuit au jeu de l'instrument. Le couteau dont il se sert, mobile sur son manche fait comme celui de la plupart des bistouris, n'a que deux lignes et demie de largeur; le tranchant s'étend jusqu'à la pointe qui se termine par un bouton. *Caqué* imagina encore une espèce de chevalet pour maintenir la bouche ouverte et les lèvres écartées; mais il n'en a jamais fait usage, aimant mieux, disait-il, s'en passer que de gêner ses malades.

Avant que *Lecat* et *Caqué* eussent fait connaître leurs procédés, *Foubert* en indiquait un autre dont il disait avoir obtenu des succès. Il consistait à remplacer l'érigne par une pince à polypes, avec laquelle il tirait doucement la glande qu'il coupait d'un seul coup à l'aide d'un bistouri à long manche. Il croyait, par ce léger allongement des vaisseaux, rendre l'hémorrhagie moins à craindre par le resserrement qui devait s'en suivre.

Muzeux, confrère de *Caqué* à Reims, avait aussi, pour mieux fixer l'amygdale et en faciliter la résection au moyen de longs ciseaux, imaginé et fait construire des pinces courbes, longues de six pouces environ, dont les branches se terminaient chacune par une double érigne. Le reproche qu'on leur fit de ne pouvoir être dégagées que

difficilement dans certains mouvemens involontaires de la gorge, (ce qui en a fait négliger l'usage), n'a pas empêché *Sabatier* de leur donner la préférence sur l'érigne simple: elles avaient encore, suivant lui, l'avantage de maintenir abaissées la mâchoire et la langue. Ce chirurgien opérait d'un seul coup avec un bistouri long et émoussé à sa pointe. Cependant il nous apprend qu'il a quelquefois rencontré des difficultés dans l'emploi de ces pinces, et qu'il ne lui a pas toujours été possible d'emporter au même instant la portion excédante de l'amygdale, parce que, déchirée et dépouillée de la membrane qui la recouvre par une tentative infructueuse, il n'était plus possible de la saisir d'une manière aussi sûre, et que, s'écrasant sous l'instrument, elle échappait à son action, en sorte qu'on était obligé de réitérer l'opération. Une pareille difficulté ne se rencontrerait pas, si l'on avait soin de saisir une portion de la glande aussi volumineuse que possible, de ne tirer que modérément, et de n'extraire les pinces qu'avec le lambeau que l'on vient d'exciser. C'est peut-être ici le lieu de parler d'un instrument ingénieux propre à saisir, on ne peut plus solidement, la partie de l'amygdale que l'on veut retrancher; il a été inventé, dans ces derniers temps, par M. le professeur *Marjolin*, pour opérer un jeune garçon très-indocile. « C'est, « dit M. *J. Cloquet* dans le Dictionnaire de médecine, une érigne « double, dans la tige creuse de laquelle glisse à volonté, au moyen « d'un bouton, une autre érigne presque droite, qui fait pince avec « elle. »

Desault, peu satisfait des procédés qui avaient été mis en usage jusqu'à lui, imagina d'appliquer à cette opération son kiotome, inventé pour couper les kystes de la vessie: c'est une lame coupée obliquement, tranchante dans son obliquité, et ayant un manche auquel est adapté un anneau; elle est reçue dans une gaîne d'argent arrondie à son extrémité et échancrée au-dessous d'une portion du cercle: on y voit de plus deux anneaux à l'extrémité opposée. Voici comment *Desault* se servait de cet instrument: un corps solide étant placé entre les dents, et la langue abaissée et maintenue avec une

plaque de métal, il saisissait la glande avec une érigne double, et la tirait légèrement en haut; tenant alors le kiotôme de façon que le doigt indicateur et le doigt du milieu fussent introduits dans les anneaux de la gaîne, et le pouce dans celui qui tient à la lame, il essayait d'engager l'amygdale dans l'échancrure dont nous avons parlé. Lorsqu'il avait réussi à l'y bien fixer, il la tirait avec l'érigne, pour augmenter sa tension, pressait en même temps l'instrument contre elle, et faisant glisser la lame avec le pouce, il en opérait la section : mais il arrivait souvent que cette première incision ne détachait pas la glande dans toute son épaisseur, ce qui avait lieu surtout lorsque celle-ci avait un volume considérable; il devenait donc nécessaire d'employer une seconde fois le kiotôme, et d'engager dans l'échancrure la portion qui n'avait pas été coupée, afin de compléter l'opération. Si l'on ne réussissait pas encore, il fallait réitérer une troisième fois. Ces simples détails rendent suffisamment raison des motifs qui ont fait abandonner un tel instrument pour l'excision des tonsilles.

Quel que soit au reste le procédé que l'on choisisse, l'opération est ordinairement prompte et plus ou moins aisée à pratiquer, l'écoulement de sang peu considérable, et facile à réprimer au moyen d'un gargarisme astringent ; les suites alors en sont constamment heureuses, et la guérison ne se fait pas long-temps attendre. On a même observé que l'excision que l'on avait faite d'une portion d'amygdale, mettait celle-ci à l'abri des accidens auxquels elle était exposée lorsqu'elle était encore entière.

Voici la manière de procéder à cette opération : le malade est assis commodément dans un lieu très-éclairé; un aide lui renverse et lui fixe la tête sur sa poitrine, en croisant ses mains sur le front; la bouche est largement ouverte (et aucun doigtier ni spéculum n'est nécessaire pour la maintenir ainsi; dans tous les cas, on préférerait un coin en bois ou un morceau de liége); un autre aide tient la langue abaissée et fixée au moyen d'une spatule; le chirurgien, avec une érigne, accroche de la main gauche et d'arrière en avant la portion d'amygdale qui dépasse les piliers du voile du palais, ou,

s'il se sert des pinces de *Muzeux*, il fait qu'une des branches passe devant, et l'autre derrière la glande : prenant alors un bistouri à tranchant droit ou concave, dont la lame est enveloppée d'une bandelette jusqu'à quinze ou dix-huit lignes de la pointe qui est boutonnée, il coupe d'un seul coup de haut en bas ou de bas en haut et d'arrière en avant, toute la partie de la tumeur qu'il veut retrancher. Si l'on voulait faire l'opération en deux temps d'après le procédé de *Lecat*, l'instrument serait porté à plat sur la langue, le dos tourné du côté à opérer, et enfoncé jusque vers la paroi postérieure du pharynx ; tournant alors le tranchant en haut, on ferait en retirant, une première incision ; le bistouri serait aussitôt reporté en haut avec des précautions semblables, afin de terminer l'opération. Telle est la manière d'amputer l'amygdale gauche; pour la droite, il faudrait changer les instrumens de main. Si les deux tonsilles étaient malades en même temps, elles seraient excisées l'une après l'autre, et la guérison n'en serait pas moins prompte. Pendant l'opération il survient quelquefois des nausées qui la rendent plus difficile; on doit, dans ce cas, profiter d'un instant de calme, et se hâter de faire la section avant qu'elles viennent à se renouveler. L'inflammation légère qui a lieu ensuite est combattue par des gargarismes émolliens, auxquels plus tard on substitue ceux faits avec le miel.

La tuméfaction des amygdales, qui, chez les adultes, ne cause souvent qu'une incommodité légère, est une affection tout autrement grave chez les jeunes enfans, parce que leurs mâchoires, peu développées, rendent très-étroit l'espace guttural; ce qui fait que le plus léger gonflement des tonsilles occasionne chez eux une respiration beaucoup plus difficile, surtout dans le sommeil, pendant lequel elle devient bruyante et râleuse. Une chose bien remarquable, et qui été signalée par M. le professeur *Dupuytren*, c'est une déformation presque constante du thorax qui se voûte en arrière et s'aplatit sur les côtés, déformation que le praticien que nous venons de nommer, regarde comme l'effet des contractions énergiques des muscles

inspirateurs pour surmonter l'obstacle qui s'oppose au libre passage de l'air dans les poumons : cet accident est si fréquent, que, dans plusieurs circonstances, il n'a pas balancé, après l'avoir constaté, à annoncer un engorgement des amygdales, et *vice versâ*. On sent combien il est important de remédier promptement à une semblable maladie, qui peut à chaque instant compromettre l'existence, et produire une difformité contre laquelle, plus tard, l'art serait impuissant. Voici la manière dont M. *Dupuytren* procède à cette opération dans ce cas : un drap enveloppe les bras de l'enfant, qui est placé sur les genoux d'un aide ; celui-ci tient d'une main et sur sa poitrine la tête du petit malade légèrement renversée ; de l'autre il maintient les mains sur les cuisses, tandis que ses jambes, croisées par-dessus celles de l'enfant, l'empêchent de faire aucun mouvement : un autre aide abaisse la langue avec une spatule, et l'opérateur, saisissant avec des pinces de *Muzeux* la portion de la glande qu'il veut retrancher, la coupe de bas en haut avec un bistouri boutonné et entouré d'une bandelette de linge jusqu'à deux pouces de son extrémité.

Ligature. Passer un fil autour de l'amygdale, le serrer assez pour interrompre la circulation, c'est en quoi consiste la ligature. Nulle part cette opération n'a joui d'une plus grande réputation qu'en Angleterre, où on la regardait comme une découverte due à la chirurgie de ce pays. Cependant il n'en est pas ainsi, et plus d'un siècle avant les Anglais, *Guillemeau* en parlait comme d'une chose très-commune en France ; il la recommandait surtout dans les cas où rien ne presse, et principalement si l'on avait à redouter une hémorrhagie. On devait éviter de porter la ligature au-delà de la portion qui excède le volume naturel des tonsilles, et de la pratiquer sur celles qui sont malignes, c'est-à-dire dures, livides, douloureuses et à large pédicule. Lorsqu'il y avait recours, il se servait d'un instrument de son invention pour lier la luette : il se compose de deux branches parallèles qui se réunissent ensuite en

formant une courbure. L'extrémité supérieure de ces branches est percée pour le passage de la ligature, à laquelle on a préalablement fait un nœud très-lache; les deux bouts du fil passent ensuite dans une autre ouverture pratiquée au milieu d'une traverse correspondant à la partie moyenne des branches, pour aller se fixer sur un cylindre situé dans l'échancrure d'un support allongé, et que l'on tournait avec une clef. Au-dessous et dans la direction de celui-ci, est une vis qui sert à fixer un manche. *Guillemeau* voulait aussi que l'on fît une incision à la trachée-artère, dans le cas de suffocation imminente. Avant lui, *A. Paré* avait donné le même précepte.

Un autre instrument, moins compliqué que celui que je viens de décrire, et qui a été recommandé pour cette opération par plusieurs praticiens, est celui que *Fabrice de Hilden* avait fait construire également pour lier l'uvule. Il consiste dans une canule de cuivre de huit pouces de longueur, au bout de laquelle est soudé un anneau d'un pouce environ de diamètre, cannelé à sa partie intérieure, et percé supérieurement pour le passage de la ligature, laquelle traversait ensuite une petite ouverture pratiquée à l'extérieur de celui-ci, et allait se fixer au bas de l'instrument. Un double nœud était formé dans l'anneau; les brins en étaient écartés et cachés dans la cannelure dont nous avons parlé. Le bout libre du fil introduit dans la canule, il ne s'agissait plus que de tirer ce dernier lorsque la glande était convenablement engagée, et, dès que la constriction était assez forte, de couper l'autre bout à l'endroit où il avait été fixé. *Wiedmann*, qui rejetait les autres méthodes, parlait, au sujet de celle-ci, de cet instrument avec avantage.

Cheselden atteignait le même but au moyen d'une sonde courbée, qui lui suffisait lorsque le pédicule de la glande était étroit; mais, ayant rencontré des cas où la base était trop large pour être ainsi entourée, il fit construire une aiguille courbe portée sur un manche, et ayant un œil près de sa pointe. Avec cette aiguille armée d'un fil,

il traversait le fond de l'amygdale, accrochait alors l'anse du fil avec une érigne, et retirait l'aiguille. L'anse coupée et les deux fils séparés, il faisait une double ligature, l'une en-dessus, l'autre en-dessous.

Juncker voulait que, dans cette circonstance, on eût recours aux caustiques; il pensait qu'on devait restreindre la ligature aux tumeurs avec pédicule, et dans ce cas il employait l'instrument de *Fabrice de Hilden*. C'est avec raison que *Heister* fait remarquer que le cas où *Juncker* préférait la ligature était justement celui où l'instrument tranchant lui semblait plus convenable; ce qui ne l'empêche cependant pas de parler d'une espèce de serre-nœud pour la pratiquer. Poussant trop loin son amour pour la ligature, *Sharp* interdisait tout autre moyen. Peut-être n'en agissait-il ainsi que parce qu'il l'a considérait comme une découverte nationale? Moins exclusif, *Lecat* opérait tantôt avec l'instrument tranchant, et tantôt par la ligature. Quand il avait recours à cette dernière, il prenait deux fils de chanvre de couleur différente, afin de pouvoir les distinguer au moment de les nouer; il les enfilait dans une aiguille, mais de façon que le bout enfilé, n'ayant que deux à trois pouces, eût franchi la glande lorsque l'aiguille serait sortie de la bouche. L'aiguille maintenue dans un porte-aiguille, il traversait l'amygdale obliquement de haut en bas et de devant en arrière. Commençant sous le pilier antérieur, qu'il écartait avec une feuille de myrte, il finissait en bas contre le pilier postérieur, qu'il écartait pareillement avec l'index de l'autre main; il faisait ensuite aux fils un nœud double, qu'il serrait avec un porte-ligature.

J'ai dit ailleurs quel était le but que se proposait *Wiseman* en employant cette méthode; je n'y reviendrai point. J'ai parlé également des motifs qui la firent abandonner par *Moscati*; je ne m'y arrêterai pas davantage. *Bell*, qui voyait trop de dangers dans les autres genres d'opération, adoptait celui-ci exclusivement. Il se servait d'un fil d'argent flexible ou d'une corde à boyau suffisamment forte, et d'une

canule double légèrement courbée. La ligature, ployée en deux, était introduite par la narine correspondant à la maladie, et écartée avec le doigt porté dans la bouche ; il la conduisait ensuite autour de la glande, la serrait au moyen de la canule, et la fixait aux ailes de l'instrument. Il préférait la faire passer par le nez, à moins que quelque obstacle ne s'y opposât, pensant qu'elle serait plus supportable au malade. Un autre procédé dont il parle également, mais qui lui semble moins bon que le précédent, consiste à passer autour de la tumeur, au moyen d'une sonde échancrée et coudée, un fil ciré dont on serre le nœud, en engageant un des bouts dans l'anneau d'un petit instrument dont il donne la figure, et en le fixant sur un des côtés de la tonsille, tandis que l'on tire fortement le second de l'autre main. A ces différens serre-nœuds *Desault* substituait avec avantage celui qu'il destinait à la ligature des polypes : il y passait un fil de Bretagne, de manière à former une anse supérieurement ; cette anse était ensuite engagée sur une érigne double, avec laquelle il accrochait la glande, et qu'il confiait à un aide. Faisant alors glisser le fil sur la tumeur, il le tirait fortement en même temps qu'il poussait le serre-nœud, et opérait ainsi une constriction aussi forte qu'il le jugeait convenable : l'érigne était ensuite retirée, et le fil attaché à l'échancrure inférieure de l'instrument. Le lendemain et les jours suivans, la ligature était resserrée, et la chute de la portion étranglée ne tardait pas à avoir lieu. La ligature n'est plus en usage de nos jours.

Cautérisation. Elle est de deux sortes : l'une se fait par le cautère actuel, et l'autre par les caustiques. Dans la première, l'action est énergique et instantanée ; dans la seconde, cette action, plus faible et plus lente, varie encore suivant la nature de la substance que l'on emploie. Dans l'une et dans l'autre, il y a altération, désorganisation de la partie, et formation d'une escharre. Ces deux espèces ont été tour à tour en faveur pour la répression des amygdales. *Brunus* est un des plus anciens, s'il n'est pas le premier, qui ait parlé de cette

méthode, à laquelle il avait recours pour empêcher la renaissance de ces glandes après leur résection : *Illud autem quod securet à reditione ipsarum*, disait-il, *est ut locus cauterisetur ; solent namque multoties redire.* Cependant il ne paraît pas avoir trouvé d'imitateurs jusqu'à *Mercatus* qui se servait d'un cautère d'or, porté au moyen d'une canule ; mais ce fut surtout *A. Séverin* qui la remit en vigueur dans l'épidémie dont il a déjà été parlé. Nous avons vu qu'il employait l'instrument tranchant quand la glande avait un pédicule étroit ; lorsqu'au contraire sa base était large, c'était à la cautérisation qu'il donnait la préférence, et il en retira de grands avantages. Il nous apprend que *P. Afflisius*, son ami, la pratiquait dans le même temps en Calabre avec les mêmes succès. C'était le fer rouge que *Séverin* conduisait à travers une canule, ne sachant trop, dit-il, pourquoi *Mercatus* voulait que le cautère ne fût que modérément chaud.

On lit dans *Wiseman* que de son temps cette opération avait été pratiquée plusieurs fois sous ses yeux, et toujours heureusement, par un célèbre chirurgien de Londres, nommé *Edme Mol*, qui n'avait pas d'autres moyens que ceux déjà indiqués pour porter le cautère actuel. Il le passait à plusieurs reprises à travers le corps de la glande. *Wiseman* dit qu'il y aurait eu souvent recours, s'il n'avait pas tant rencontré d'obstacles ; aussi aimait-il mieux se servir de la pierre à cautère ou d'un autre escharrotique, qu'il appliquait d'abord au centre de la tumeur pour y former un vide, et qu'il promenait ensuite sur la surface. *Juncker*, qui a parlé des trois méthodes, recommande, au sujet de celle-ci, de faire en sorte que les corrosifs ne touchent point aux parties environnantes ; et afin de n'avaler aucune parcelle, et de faciliter l'écoulement de la salive, le malade devait s'abstenir de prendre des alimens et des boissons, et se tenir la tête penchée en avant. *Heister* défend de faire usage de caustiques qui aient trop d'activité : un mélange de potasse et de carbonate de potasse en déliquescence, une dissolution de muriate ammoniacal ou de nitrate d'argent,

lui paraissaient convenir parfaitement. Il les appliquait au moyen d'un morceau de linge bien exprimé, ou d'un petit bâton de sapin, insistant également sur les précautions que leur emploi exige. *Freind* était partisan exclusif des caustiques. Il n'en était pas de même de *Van-Swiéten*, qui voulait qu'on n'y eût recours que dans les cas extrêmes.

Morand a réussi à détruire des amygdales tuméfiées avec la pierre infernale fixée dans un porte-crayon, et appliquée dans les lacunes qu'elles présentent. *Louis*, en parlant de la cautérisation, paraît lui avoir accordé quelque supériorité. Voici ce que ce célèbre praticien disait à ce sujet : « Je suis persuadé que le cautère actuel est plus « facile, moins douloureux, plus sûr, et qu'il est sujet à moins d'in- « convéniens que la rescision. » Et plus loin : « L'instrument tran- « chant, les ciseaux, la cautérisation, les cautères potentiels et la « ligature peuvent, dans des cas particuliers, être employés par « préférence. » S'appuyant de l'autorité de *Louis*, M. *Percy* a, dans ces derniers temps, cherché à remettre la cautérisation au rang des autres méthodes : il a même précisé les cas dans lesquels elle ne pouvait être remplacée par aucun autre moyen. Je laisse ce praticien les indiquer lui-même : « C'est, dit-il, lorsque les amygdales « sont dans un état de végétation chancreuse ; lorsque, après leur « extirpation, on voit repousser des boutons qui en présagent le re- « tour ; lorsqu'elles sont si volumineuses, que l'amputation en est « jugée impossible ; ou lorsque, l'ayant tentée, on a été forcé de « laisser une souche sur laquelle les instrumens tranchans n'ont « plus de prise ; enfin lorsqu'une hémorrhagie, succédant à cette « opération, menace les jours du malade, et résiste aux styptiques « connus. » M. *Boyer* pense, avec M. *Percy*, qu'on doit pratiquer la cautérisation dans toutes ces circonstances. Il en ajoute même encore une, celle où les amygdales seraient dans un état de végétation fongueuse. Voici la manière de porter le cautère en *roseau*, conseillé par M. *Percy* : on l'introduit dans sa canule que l'on fixe d'une

main sur l'endroit que l'on veut cautériser ; de l'autre, on l'enfonce dans la tumeur, mais sans le faire pénétrer trop avant. Il ne faut pas aussi le laisser trop long-temps en place, à cause de la fumée irritante qui se dégage, et que le malade a besoin de rejeter. Excepté les cas dont nous venons de parler, on devra recourir à l'instrument tranchant.

Gonflement avec concrétions. Ces concrétions, de forme arrondie, de couleur d'un blanc sale ou jaunâtre, du volume d'un noyau d'olive jusqu'à celui d'une féve de haricot, friables sous les doigts, ou résistant sous l'action d'un petit marteau, sont composées de phosphate de chaud et d'une matière animale. Elles occasionnent quelquefois des picotemens dans la glande, et peuvent être cause de la formation d'un abcès : le plus souvent elles apparaissent sous la forme de points blanchâtres à travers les lacunes de l'amygdale, et peuvent être excrétées naturellement ou arrachées avec des pinces. Dans toute autre circonstance, il suffirait de faire une légère incision avec un bistouri. On ne sait trop comment elles se forment. *Wiedmann* pensait qu'elles succédaient à une collection de pus dont la partie fluide était résorbée. La matière qui les forme a quelquefois la consistance du suif et une odeur extrêmement fétide. Nul doute que celles-ci ne soient le produit de la sécrétion des tonsilles. Cette matière a été confondue avec celle des tubercules, et M. le professeur *Laennec* dit avoir été consulté par des personnes qui se croyaient phthisiques, parce que, dans des efforts de toux, elles en avaient rendu dans leurs crachats. La fétidité mettra toujours à l'abri d'une semblable méprise.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Pariset).

I.

Ab anginâ detento, tumorem fieri in collo, bonum : foras enim vertitur. *Sect.* 6, *aph.* 37.

II.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

VI.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Ibid.*, *aph.* 5.

